

*На правах рукописи*

**Миненко Инесса Анатольевна**

**НЕЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ  
СТРЕССА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

**14.00.51** - восстановительная медицина,  
лечебная физкультура и  
спортивная медицина,  
курортология и физиотерапия

**АВТОРЕФЕРАТ**  
**диссертации на соискание ученой степени**  
**доктора медицинских наук**

**МОСКВА**  
**2003**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** В последнее время проблема стресса и адаптации является одной из актуальных тем современной медицины. По данным, полученным при проведении эпидемиологического мониторинга состояния психического здоровья населения за последние годы значительно увеличилось число лиц, подвергшихся тем или иным стрессовым воздействиям, их число в мире достигло 10 млн. человек (Петраков Б.Д., 1995, Ратштейн В.Г., 1995). Эмоциональный стресс занимает ведущее место, в этиологии психических расстройств невротического регистра, так как в патогенезе стрессовых расстройств, вызванных экстремальными факторами, изменения в эмоциональной сфере являются одним из доминирующих синдромов. Это обусловлено ролью эмоционального возбуждения, которое приводит к усилению реакции на неблагоприятные воздействия (Вальдман А.В., 1976, Рейковский Я.И., 1979). Наряду с общими причинами развития стресса появляются и особые: недовольство реформами в России, возрастание количества вооруженных конфликтов, резкий рост преступности, социальная дезориентация людей, духовная деградация общества и др. Словом, проблема эмоционального, стресса охватывает всех без исключения, она не имеет границ (Юматов Е.А., 1992).

В последнее десятилетие необходимость оказания психиатрической и медико-психологической помощи пострадавшим во время стихийных бедствий, катастроф, военных действий, а также микросоциальных конфликтов явилась объективной основой развития учения о реактивных состояниях и социогениях. Результатом этого стало введение в различные классификации психических заболеваний диагностических и синдромальных оценок, по существу, не применявшихся до середины XX столетия. К их числу относятся:

- Посттравматические стрессовые расстройства;
- Социально-стрессовые расстройства;
- Радиационная фобия;
- Боевое утомление;

Синдромы:

- "вьетнамский";
- "афганский";
- "чеченский" и др.

А также предболезненные невротические проявления, реакции на острый стресс, расстройства адаптации, стресс боевой обстановки и ряд других. Являются ли перечисленные расстройства "новыми" болезнями нашего столетия? Ответы на этот вопрос в существующей литературе неоднозначны. С нашей точки зрения, речь идет лишь о расстановке акцентов психопатологических нарушений у больших групп людей, в первую очередь порожденных издержками современной цивилизации и социальными конфликтами. Эти нарушения в феноменологическом плане описывали и раньше, однако их специально не обобщали и не выделяли. Происходило это главным образом потому, что общество не было готово воспринять социальные причины, ухудшающие психическое здоровье, и осознать необходимость соответствующих профилактических и реабилитационных мероприятий (Александровский Ю.А., 2001).

Значимость проблемы заключается не только в распространенности патологии, но и в ее социальных последствиях, так как заболеванию подвержены в основном люди трудоспособного возраста (Веселовский В.П., 1991). Хронический стресс рассматривается как фактор, приводящий к раннему старению организма и снижению в связи с этим трудоспособности (Меерсон Ф.З., 1981, 1984; Яковлев Н.М., 1993).

Изучению воздействия стрессирующих факторов на личность посвящено множество научных трудов (Корсаков С.С., 1901; Honigman D., 1907; Сербский В.П., 1912; Sullivan U.S., 1938; Lindermarm E.,- 1944; Grinker R.R., Spiegel H., 1945; Гиляровский В.А., 1946; Kardiner A., Spiegel H., 1947; Padovoni L., 1950; Fenichel O.L., 1953; Acherman N.W., 1956; Морозов В.М., 1958; Kardiner A., 1959; Селье Г., 1960; Archibald H.C., Long D.M., Miller C, 1962;

Abracham K., 1965-1966; Beck A.T., 1971; Dasberg H., 1976; Вальдман А.В., 1976; Александровский Ю.А., 1976, 1991, 1993, 2001; Bonica J.J., 1977; Buchbinder J.O.- Coleman J.C., Butcher. J.N.-, 1980; Egendorf A., Laufet R., Sioan L., 1981; Brody J., 1982; Карвасарский Б.Д., 1982-1993; Crocq L., Sailham M., Barrois C., 1983; Colb L.C., 1984; Walker T. J., 1985; Glover H., 1988; Miller T.W., 1989; Василенко А.М., 1989, 2002; Тарабрина И.В. с соавт., 1989; Соколовская Л.В., 1989, 2000; Савиных А.Б., 1990; Судаков К.В., 1990, 1993, 1996, 1997, 1998; Тураходжаев А.М., 1992; Никонов В.П., Козловский И.И., 1995; Фудин Н.А., Хадарцев А.А., 2000; Агажданиян, 2003; и др.). Гиляровский В.А. (1947) указывая на важное значение изучения воздействия стрессующей ситуации на психическое здоровье, отмечал, что «психотравмирующее переживание, ничем внешне не проявляясь, надолго может сохранить свое патогенное действие; что и может сказаться впоследствии в каких-либо реакциях». Он также указывал на то, что психическая травма «должна рассматриваться как воздействие на весь организм, в частности, на его биохимические и вообще вегетативные процессы».

Несмотря на то, что этой проблеме посвящено значительное количество работ, вопросы диагностики, классификации и методов лечения не только не решены до конца, но и подвергаются периодическому переосмыслению. Кроме того, препараты, используемые для лечения стрессовых расстройств (СР), характеризуются нежелательными побочными эффектами (Заводская И.С., Морева Е.В., 1981). Лечение СР в большинстве случаев проводится с применением психотропных средств седативного, анксиолитического и антидепрессивного действия, что, кроме негативных последствий их длительного применения, сопровождается неизбежным проявлением известных побочных эффектов, делающих невозможным их назначение активно работающему человеку.

Развитие патологического процесса, его течение и исход зависят не столько от повреждающего болезнетворного фактора, сколько от резистентности организма, состояния его систем адаптации (Хадарцев А.А., 2003)

В настоящее время в медицине произошла значительная специализация и дифференциализация, что привело к сосредоточению врачей на отдельных локальных патологических процессах. В связи с этим стал утрачиваться больной как личность, а это привело к деформации этического поведения врачей. При этом ответственность за здоровье конкретного человека как бы расчленяется между всеми специалистами. Такая специализация, безусловно, привела к более углубленному изучению отдельных направлений клинической медицины и к более интенсивному их развитию. Но при этом четко выявилась "обратная сторона медали", которая деформировала основополагающий принцип: лечить надо не болезнь, и даже не больного, а человека (Агаджаниян Н.А., 2000)

Подобное состояние вещей вынуждает искать альтернативные подходы к решению проблемы.

В 2000 году в России на стыке нескольких направлений медицинской деятельности появилась новая научная специальность - восстановительная медицина (ВМ). «Корректирующие технологии восстановительной медицины включают в себя обширный арсенал традиционных и современных лечебно-оздоровительных методов, среди которых широкое применение находит использование природных и преформированных физических факторов, а также лечебно-оздоровительные рационы, фототерапия, гомеопатические средства, пищефармацевтическая коррекция, ароматерапия, рефлексопсихотерапевтические и биоэнергетические воздействия» (Разумов А.Н., Бобровницкий И.П., 2000).

Все большую актуальность приобретает вопрос широкого включения в схему терапии методов комплементарной медицины, в том числе, мануальной терапии (Веселовский В.П., 1991), акупунктуры (Василенко А.М., 1985, 1989, 2002; Гойденко В.С., 1990; Табеева Д.М., 1991; Дуринян Р.А., 1983, 1985; Мачерет Е.Л. Самосюк И.З., 1989; Радзиевский С.А., 1991, 2000; Агасаров Л.Г., Осипова Н.Н., 1996), гомеопатии (Ролик И.С., 1991; Марьяновский А.А., 2000) и др. Отличительным свойством данных методик является мобилизация защитных механизмов организма, при устойчивости достигнутых эффектов (Таулуев А.М., 1986;

Иваничев Г.А., 1994; Агасаров Л.Г., Осипова Н.Н., 1996; Ролик И.С. 1991) и ускорение формирования важнейших характеристик адаптированного организма - способности поддержания гомеостаза с минимальными энергетическими затратами и высокой мобилизационной готовности к оптимальному реагированию на стрессорные, потенциально патогенные: воздействия (Василенко А.М., 2002). Рассматривая методы традиционной медицины с позиции теории функциональных систем, можно сделать заключение о том, что, несмотря на разнообразие методов, все они направлены, в конечном счете, не на устранение причин, вызывающих конкретную патологию, а на мобилизацию защитных, адаптивных сил организма, направленных на восстановление здоровья (Зилов В.Г., 2001). Все вышесказанное обосновывает предпочтение применения нелекарственных методов для лечения стрессовых расстройств, направленных на восстановление функциональных резервов организма.

В последние годы отмечен значительный рост интереса к гомеопатическим препаратам германской - фирмы «Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ». Они позволяют существенно адаптировать, принципы гомеопатической терапии к практическому здравоохранению (Шмидт Ф., 1996; Реккевег Г.Г., 1997; Ролик И.С., 1997; Фурсов С.Е. 1999; Попова Н.И., 2000; Михайлова А.А., 2003).

Вышесказанное убедительно подтверждает актуальность как проблемы стрессовых расстройств, в частности, изучения механизмов психофизиологической дезадаптации, так и разработки, эффективных методов лечения и коррекции СР, позволяющих обеспечить психофизиологическую стрессоустойчивость. Все эти факты и обусловили проведение данного исследования.

## **Цель исследования**

Разработка универсальной схемы нелекарственной терапии последствий стрессовых расстройств различного генеза.

## **Задачи исследования**

1. Выявить общие закономерности проявлений СР у пациентов, перенесших стресс различного генеза;
2. Сравнить степень стрессированности в зависимости от генеза стрессового расстройства;
3. Разработать объективные критерии диагностики и оценки клинической эффективности лечения СР;
4. Создать алгоритм обследования и реабилитации лиц, перенесших СР;
5. Разработать методические подходы к оптимальному назначению нелекарственных методов лечения стрессовых расстройств;
6. Сравнить клиническую эффективность различных схем нелекарственного лечения с целью выбора наиболее оптимальной схемы эффективного лечения последствий стресса различного генеза;
7. Разработать практические рекомендации по применению полученных данных в широкой медицинской практике.

## **Новизна исследования**

Впервые на основе обследования пациентов со стрессовыми расстройствами получены сведения о распространенности СР различного генеза.

Выявлены общие закономерности проявлений СР у пациентов, перенесших стресс различного генеза.

Разработаны методические подходы к оптимальному назначению нелекарственных методов лечения стрессовых расстройств.

Создан алгоритм обследования и реабилитации лиц, перенесших стрессовые расстройства.

Выделены клинико-реабилитационные группы, при формировании которых наряду с известными патогенетическими и клиническими особенностями указанных заболеваний учитывалась роль психосоматических влияний и степень эмоционального напряжения пациентов;

Впервые предложены комплексы реабилитационных методик, дифференцированные в зависимости от выраженности психической дезадаптации больных.

Проведено сравнительное исследование клинической эффективности различных схем нелекарственного лечения СР.

Дана комплексная оценка работоспособности пострадавших и динамика ее восстановления в ходе проведения лечебно-восстановительных мероприятий.

Разработана универсальная схема нелекарственного лечения, которую можно применять для лечения последствий стресса, различного генеза.

### **Практическая значимость работы**

Результаты исследования позволяют оценить распространенность СР в группах пациентов со стрессом различного генеза, что имеет значение для планирования проведения профилактических и коррекционных мероприятий у участников событий экстремального характера.

Лечение последствий стрессовых расстройств различного генеза у активно работающего человека позволяет сохранить работоспособность, психическое и физическое здоровье, а так же профессиональное долголетие лиц, подвергшихся стрессу.

Разработанные комплексные нелекарственные методы коррекции СР различного генеза позволяют избежать применения психотропных средств, следовательно, исключить развитие лекарственной интоксикации, фармакологической и психологической зависимости.

Применение алгоритма обследования и реабилитации лиц, перенесших СР, позволяет сократить сроки проведения лечебно-диагностических мероприятий у данного контингента.

Выдвинутые и сформулированные в работе принципы и схемы нелекарственного лечения последствий СР различного генеза могут быть использованы в широкой медицинской практике.

### **Апробация работы**

Результаты исследования доложены:

- 1) На XII международной гомеопатической конференции - «Развитие гомеопатического метода в современной медицине», Москва, январь 2002;
- 2) На XI международном симпозиуме «Эколого-физиологические проблемы адаптации», Москва, январь 2003;
- 3) На VI международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины», Сочи, май 2003;
- 4) На международном симпозиуме «Стресс и адаптация», Белокуриха, май 2003;
- 5) На международной научной конференции «Постстрессорный синдром: стратегии реабилитации», Москва, июнь 2003;
- 6) На совместном заседании кафедры и лаборатории нелекарственных методов лечения и клинической физиологии и кафедры восстановительной медицины ММА имени И.М.Сеченова, октябрь 2003;
- 7) На Всероссийской конференции «Современные подходы к фармакологической коррекции в профессиональной и медицинской реабилитации лиц опасных профессий», Москва, ноябрь 2003.

### **Публикации по теме диссертации**

По теме диссертации опубликовано 43 научные работы, из них: 2 учебных пособия и 10 статей.

## **Внедрение результатов работы**

Результаты работы, внедрены и используются в учебном и лечебном, процессах кафедры нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ФППО ММА имени И.М. Сеченова, лечебно-диагностическом процессе клинического санатория имени Ф.Э. Дзержинского(г.Сочи).

## **Структура и объем диссертации**

Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций. Список литературы включает в себя 290 научных работ, из них: - 165 отечественных и 125 зарубежных источников. Работа изложена на 210 страницах и содержит 4 рисунка, 15 диаграмм и 18 таблиц.

## **Положения, выносимые на защиту**

Алгоритм обследования и реабилитации лиц, перенесших СР, значительно упрощает лечебно-диагностические мероприятия и может использоваться для любого контингента пациентов со СР.

Нелекарственная терапия СР различного генеза приводит к статистически достоверным изменениям в психосемантической сфере: стабилизируется эмоциональная устойчивость, снижается уровень стресса, увеличивается работоспособность, активность, улучшается самочувствие и настроение.

Метод БОС является эффективным психотерапевтическим методом, который повышает устойчивость центральной нервной системы к воздействию стрессовых факторов эмоциональной природы.

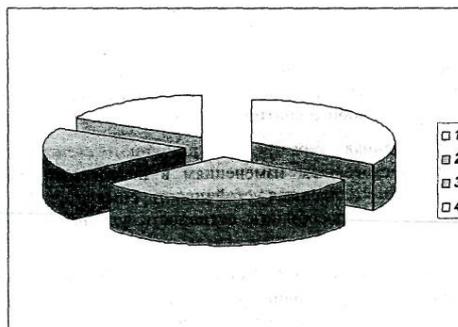
Разработанная схема нелекарственного лечения, включающая гомеопатическую биопунктуру и психотерапию, наиболее эффективна для лечения СР различного генеза, учитывая ее доступность и экономичность, данная схема является методом выбора, для пациентов со стрессовыми расстройствами, независимо от генеза стресса.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В соответствии с целью и для выполнения поставленных задач для исследования были отобраны пациенты, которые подверглись стрессовому воздействию различного генеза:

- бойцы отряда ОМОН МВД России, неоднократно принимавшие участие в служебно-боевом применении на территории Чеченской республики, численностью 137 человек. Мужчины в возрасте от 18 до 37 лет ( $23,7 \pm 6,4$ );
- представители лётных профессий (строевые лётчики, штурманы, борттехники), принимавшие участие в локальных военных конфликтах, численностью 124 человека. Мужчины в возрасте от 25 до 44 лет ( $35,1 \pm 8,1$ );
- сотрудники ФСБ РФ численностью 80 человек. Мужчины в возрасте от 22 до 51 лет ( $34,8 \pm 8,3$ ) численностью 32 человека, женщины в возрасте от 25 до 56 лет ( $37,3 \pm 9,4$ ) численностью 48 человек;
- женщины, подвергшиеся физического насилия, в возрасте от 14 до 62 лет ( $28,7 \pm 10,1$ ) численностью 74 человека.

Материал исследования



- 1 - бойцы отряда ОМОН, 137 человек (33%);
- 2 - представители лётных профессий, 124 человека (30%);
- 3 - сотрудники ФСБ, 80 человек (19%);
- 4 - женщины, подвергшиеся физическому насилию, 74 человека (18%).

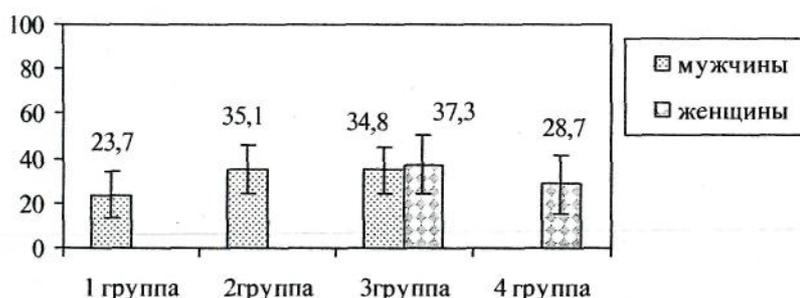
Диаграмма 2

Распределение пациентов в группах по полу



Диаграмма 3

Распределение пациентов в группах по возрасту



Для удобства анализа и сравнения эффективности терапии, в зависимости от применяемых методов, пациенты с различным генезом СР были разделены методом рандомизации на подгруппы.

В каждой группе образовалось от 3 до 5 подгрупп, одна из которых (в каждой группе) явилась контрольной. Пациенты в подгруппах различались между собой только методами нелекарственного воздействия. Причем, психотерапия явилась обязательной составляющей во всех подгруппах (как лечебных, так и контрольных).

### Методы коррекции СР в 1 группе (n=137) и 2 группе (n=124)

	1п/гр.	2п/гр.	3п/гр.	4п/гр.	5п/гр. контр.
• Психотерапия	+	+	+	+	+
• ГБ	+				
• ИРТ		+			
• МТ			+		
• СКЭНАР терапия				+	

### Методы коррекции СР в 3 группе (n=80)

	1п/гр.	2п/гр.	3п/гр. контр.
• Психотерапия	+	+	+
• ГБ	+		
• БОС терапия		+	
• СКЛ		+	+

### Методы коррекции СР в 4 группе (n=74)

	1п/гр.	2п/гр.	3п/гр. контр.
• Психотерапия	+	+	+
• ГБ	+		
• КГ		+	

Обследование проводилось на кафедре нелекарственных методов лечения и клинической физиологии Московской медицинской академии имени И.М.Сеченова, в 7 центральном военном научно-исследовательском авиационном госпитале (ЦВНИАГ) и в центральном клиническом санатории имени Ф.Э.Дзержинского (г.Сочи).

**Основные методы исследования:** клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психодиагностический и математико-статистический.

**Психодиагностическое исследование.** При изучении личностных показателей, особенностей психического и соматического состояний, наряду с клинической беседой с заполнением структурированной карты комплексного медико-психологического исследования, использовался ряд психодиагностических тестов, основными из которых являлись: стандартизованный метод исследования личности - СМИЛ, тест цветовых выборов Люшера, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, методика оперативной оценки уровня тревоги Ж. Тейлор. Кроме вышеперечисленных психодиагностических методик в целях оценки эффективности лечения, была применена методика САН (самочувствие, активность, настроение).

**Физиологическое исследование.** Для оценки вегетативного тонуса и вегетативного обеспечения деятельности использовался комплекс вегетативных показателей: ЧСС (частота сердечных сокращений), САД (систолическое артериальное давление), ДАД (диастолическое артериальное давление), ЧДД (частота дыхания). Проведено исследование биоэлектрической активности головного мозга с использованием 8-ми канального энцефалографа «Медикор» со стандартным наложением электродов по схеме 10-20 и электрокардиографическое исследование с использованием одноканального переносного кардиографа «Микромед» ЭК 1ТЦ-01. Кроме того, всем пациентам была проведена тонометрия и пульсометрия с использованием прибора «Omron».

Использована система оценки развития стресс-состояния (Судаков К.В. с соавт., 1995), которая включает три линейных коэффициента корреляции между показателями ЧСС, ЧДД и САД, которые характеризуют тесноту взаимосвязи двух показателей при наличии прямолинейной зависимости между ними. Снижение корреляционных связей между этими показателями в большей степени отражает состояние эмоционального стресса, чем изменения этих показателей при регистрации их по отдельности. Отсутствие дезинтеграции показателей САД, ЧСС и ЧДД - признак адаптации к стрессорным воздействиям.

Группе пациентов, проходивших исследование и лечение в центральном клиническом санатории имени Ф.Э. Дзержинского (г. Сочи) проведен анализ динамики параметров кардиоинтервалограммы, проводимой с помощью аппарата «Варикард» и вычислен показатель активности регуляторных систем (ПАРС). Он вычислялся в баллах по специальному алгоритму, учитывающему статистические показатели, значения гистограммы и данные спектрального анализа кардиоинтервалов. ПАРС позволяет дифференцировать различные степени напряжения регуляторных систем и оценивать адаптационные возможности организма. Значения ПАРС выражаются в баллах от 1 до 10. На основании анализа значений ПАРС могут быть диагностированы следующие функциональные состояния:

1. Состояние оптимального (рабочего) напряжения регуляторных систем, необходимое для поддержания активного равновесия организма со средой (норма ПАРС = 1-2);

2. Состояние умеренного напряжения регуляторных систем, когда для адаптации к условиям окружающей среды организму требуются дополнительные функциональные резервы. Такие состояния возникают в процессе адаптации к трудовой деятельности, при эмоциональном стрессе или при воздействии неблагоприятных экологических факторов (ПАРС = 3-4);

3. Состояние выраженного напряжения регуляторных систем, которое связано с активной мобилизацией защитных механизмов, в том числе с повышением активности симпатико-адреналовой системы и системы гипофиз-надпочечники (ПАРС = 4-6);

4. Состояние перенапряжения регуляторных систем, для которого характерна недостаточность защитно-приспособительных механизмов, их неспособность обеспечить адекватную реакцию организма на воздействие факторов окружающей среды. Здесь избыточная активация регуляторных систем уже не подкрепляется соответствующими функциональными резервами (ПАРС = 6-8).

**Мануальное исследование.** После перенесенного стресса у всех пациентов при пальпации обнаруживается наличие миофасциальных триггерных точек (Иваничев Г.А., 1998). В современной литературе под миофасциальной триггерной точкой (ТТ) понимают гиперраздражимую область в уплотненном тяжё скелетной мышцы или фасции (Тревелл Дж.Г., Симоне Д.Г., 1989).

Клинические проявления миофасциального синдрома рассчитывались количественно по показателю миофасциального синдрома (ПМФС) (Якупов Р.А., 2001):

$$ПМФС = \sum_1^n \frac{\sum_1^i (МФБ + ОМФБ + ПМФБ) / I + ТМ + НМ}{3} / N$$

Где I - количество миофасциальных триггерных точек для одной мышцы, N - количество пораженных мышц, МФБ - миофасциальная болезненность (0-3 балла), ОМФБ - отраженная МФБ (0-3 балла), ПМФБ - продолжительность МФБ (0-3 балла), ТМ - трофика мышц (0-3 балла), НМ - напряжение мышц (0-3 балла).

**Статистический анализ.** Статистическая обработка результатов исследования

проводились на основе компьютерной программы «Statistika 5.0». Производился расчет достоверности различий между средними величинами при нормальном распределении с использованием t-критерия Стьюдента. Для независимых выборок применялся критерий Манна-Уитни. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

## МЕТОДЫ НЕЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

**Иглорефлексотерапия (ИРТ).** При проведении акупунктуры использовались стальные иглы, вводимые в точки вращательными движениями по методике «тормозного» воздействия. Лечение проводилось по корпоральным и аурикулярным акупунктурным точкам, которые подбирались индивидуально. Выбор точек и методик рефлексотерапевтического воздействия зависел от степени выраженности патологического процесса и от индивидуальных особенностей течения заболевания и реактивности пациента в ответ на каждую проведенную процедуру. Для лечения были использованы корпоральные точки, расположенные на меридианах - Е (желудка); V (мочевого пузыря); Т (заднесрединном меридиане), аурикулярные точки - 13, 25, 28, 34, 37, 38, 39, 40, 51, 52, 53, 54, 55, 82, 106, 107, 108, 113, 129, 130, 139, 144, 145, 146, 152, а также точки Су Джок акупунктуры. Составление рецепта зависело от ведущих жалоб пациента на момент проведения сеанса. Сеансы проводились через день и длились по 25-40 минут, количество их регулировалось исчезновением жалоб у каждого пациента индивидуально и составило в среднем 12 процедур. Для проведения сеанса использовалось от 4 до 12 игл. Обработка кожи до и после проведения процедуры, стерилизация и хранение игл осуществлялось по общепринятой методике (Табеева Д.М., 1980).

**Мануальная терапия.** Использовались мягкие мышечно-тканые техники и миофасциальный рилизинг шейного отдела позвоночника, а также общие неспецифические приемы мануальной терапии, направленные на купирование мышечно-фасциального напряжения, улучшение кровоснабжения и иннервации (разминание, перкуссия, растирание, вибрация, обдавливание и др.).

**Конституциональная гомеопатия.** Гомеопатические препараты были подобраны строго индивидуально: в зависимости от конституции, характерологических особенностей пациентов, степени проявления симптомов СР и модальностей заболевания. Лечение проводилось в виде перорального применения гомеопатической крупки (Ambra grisea - 30; Argentum nitricum - 12, 30; Arnica montana - 12, 30; Aurum metallicum - 30; Belladonna - 12, 30; Bryonia alba - 12; Causticum - 30; Cocculus - 12; Gelseminum - 12; Ignatia - 12, 30; Mux vomica - 12, 30; Phosphorus - 12, 30; Rhus Toxicodendron - 12, 30; Zincum metallicum - 12, 30).

Результаты лечения анализировались на основании гомеопатического закона Геринга, который позволяет оценить правильность подбора и эффективность лечебного воздействия препарата, а также проследить динамику заболевания.

**Психотерапия.** Основная работа по коррекции стресса выполнялась методами **индивидуальной психотерапии**, которая проводилась по принципам купирования кризисных состояний;

- установление взаимоотношений «сопереживающего партнерства» в самом начале беседы;
- направленность воздействия на пессимистическую оценку будущего, на переживание безнадежности;
- работа с когнитивной сферой пациента (помощь в усвоении новой информации, оценке актуальности ситуации, выработке плана действий) и внесение корректив;
- направленность психотерапевтического воздействия на активацию личностных резервных возможностей пациента;
- соблюдение последовательности этапов беседы и оказание помощи в целом, так

как именно эта последовательность противопоставляется аффективной дезорганизации пациента и является важным фактором уменьшения эмоционального напряжения;

– соблюдение конфиденциальности беседы, повышающей ее доверительность при обсуждении личных и интимных проблем, усиливающей чувство безопасности, уменьшающей переживание беспокойства и уязвимости.

Индивидуальная психотерапия проводилась всем пациентам лечебных и контрольной групп и состояла, в основном, из приемов рациональной и позитивной психотерапии.

**Групповая психотерапия.** Основной формой групповой психотерапии являлась групповая дискуссия, остальные же ее формы (разыгрывание ролевых ситуаций, психогимнастика, проективный рисунок и др.) выполнили вспомогательную роль. Беседы с группами пациентов включали в себя: обмен мнениями, обсуждение затрагиваемых вопросов, что оказывало психотерапевтическое воздействие на членов группы, как со стороны врача, так и со стороны других ее участников. В процессе лечения происходило изменение степени осознания пациентом психологических механизмов своего заболевания (инсайта), от отсутствия понимания роли психогенных факторов в возникновении болезни к достижению понимания специфического, содержательного или адаптивного характера симптомов, полного сознания роли собственных личностно-эмоционально проблем в возникновении типичных для него стрессовых ситуаций и понимания их генеза.

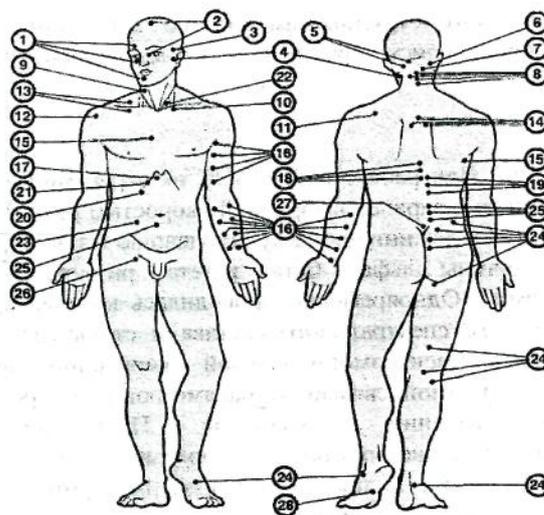
**СКЭНАР-терапия.** СКЭНАР - (самоконтролирующий энерго-нейроадаптивный модулятор) прибор, особенностями которого являются: форма сигнала (сигнал физиологический, хорошо возбуждающий нервные волокна) и наличие биологической обратной связи (изменения электрокожного импеданса управляют работой прибора), создающие систему лечения - «Организм-прибор». Сущностью этой системы является воздействие на адаптивные процессы организма с целью их гармонизации за счет быстрореагирующей информационной обратной связи, обеспечивающейся соответствующим прибором, разработанным в ОКБ «Ритм». В исследовании применялся нейроадаптивный электростимулятор СКЭНАР-97.1 в непрерывном режиме или режиме демпфирования 1-4. Частота работы аппарата колебалась от 50 до 150 Гц и зависела от индивидуальной болевой чувствительности пациента (достижение ощущений типа покалывания, вибрации, не переходящих в болевые). Проводилось воздействие СКЭНАРом на область шейно-воротниковой зоны 10-15 мин (частота 50-130 Гц), обработка области позвоночного столба по длиннику 10-15 мин (частота 70-150 Гц). При наличии головных болей проводилось воздействие на зоны местной болезненности и симметричные им зоны по 5-15 минут (частота 50-100 Гц). Сеансы проводились через день, каждому пациенту было проведено 10-12 сеансов.

**ЭЭГ-БОС.** При работе с ЭЭГ-БОС на экран монитора в реальном масштабе времени с заранее выбранной скоростью развертки выводилась суммарная ЭЭГ по доминирующему полушарию и текущие результаты ее обработки: величины альфа -, бета - и тета - ритмов, представляемые в виде гистограмм. Одновременно проводилась компьютерная обработка ЭЭГ по оценке ее спектрального состава и структуре взаимодействия ритмов. Сеансы психоэмоциональной коррекции проводились с акустической обратной связью от параметров ЭЭГ, регистрируемой в биполярном отведении лоб-затылок. Пациентам предлагалось поддерживать звучание музыки в непрерывном режиме посредством приведения организма в такое состояние, при котором соотношение ритмов ЭЭГ пациента соответствуют заранее заданным условиям. Пациентам проводилось 8-12 сеансов по 30-45 минут.

**Гомеопатическая биопунктура в триггерные точки.** Сущность способа заключается в том, что у больного при помощи пальпации, выявляются клинически актуальные триггерные точки, расположенные в заинтересованных миофасциальных

структурах. Кинестетическое исследование позволяет выделить в толще локально напряженного участка мышцы ядро диаметром 1,5 - 3 мм, обладающее острой болезненностью. Предварительно обнаруженная с помощью пальпации ТТ фиксируется между большим и указательным пальцами и в нее вводится инъекционная игла со шприцем. Точность попадания контролируется субъективными ощущениями больного в виде распирания, ломоты или жжения в месте прокола. Затем в ТТ медленно вводится 2 мл гомеопатического препарата *Cerebrum*, *Ovarium* или *Testis compositum* в зависимости от зоны воздействия. Количество процедур составило 5 - 7 сеансов через день.

Точки введения гомеопатических препаратов изображены на рисунке 1, краткая аннотация препаратов приведена в Приложении.



**Рисунок 1.** Наиболее распространенные триггерные точки, в которые вводились гомеопатические препараты (1-16 - *Cerebrum compositum*, 17-28 - *Ovarium compositum et Testis compositum*).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с поставленными задачами, клинично-экспериментальное исследование проводилось поэтапно, в соответствии с созданным **алгоритмом обследования** и реабилитации лиц, перенесших СР различного генеза.

1-й этап. Психофизиологическое исследование с целью выделения лиц, требующих функциональной коррекции временно утраченного благополучия организма, связанного со СР. Задача: Определить необходимость в коррекции функционального состояния или в проведении мероприятий по медицинской реабилитации (в период обострения - с целью максимальной компенсации последствий заболевания).

2-й этап. Клинично-лабораторное обследование в лечебных и клинично-физиологических отделениях. Задача: Постановка клинического диагноза.

3-й этап. Формирование клинично-реабилитационных групп. Задача: Дифференцированный подход в зависимости от функционального состояния организма или нуждаемости в медицинской реабилитации.

4-й этап. Восстановительное лечение. Задача: Коррекция функционального состояния или медицинская реабилитация в период болезни с применением нелекарственных методов лечения.

5-й этап. Оценка эффективности реабилитации. Задача: Оценка нелекарственной терапии последствий СР.

Комплекс обследования проводился трижды.

- **первое** обследование проводилось с целью установления индивидуально-типологических особенностей, определения фонового состояния и формирования лечебно-реабилитационных мероприятий;
- **второе** - с целью определения адекватности и своевременной коррекции проводимого лечения на 11-12 день;
- **третье** - с целью оценки эффективности проведенного лечения.

### **СР у женщин, подвергшихся физическому насилию**

Проведенное исследование позволило установить, что наиболее часто стрессовые расстройства возникают у женщин, переживших изнасилование (4 группа), они встречались в 91,4% случаев (74 человека из 81). Используя динамический подход при анализе полученных результатов, были выделены 4 этапа в развитии постстрессовых расстройств. В большинстве изученных случаев выявилась последовательная смена всех этапов. У 12 пациенток (16,2%) не выделялся первый этап. Во всех этих случаях насилие было совершено в ситуации «обмана доверия». Первый этап - это этап первичной реакции на стресс, который длился от момента изнасилования до снижения острого аффективного реагирования и начала осознания случившегося и занимал в среднем 2,5 - 3 часа. Этот этап отмечался у 62 обследованных женщин (83,8%). Выявилось, что первой реакцией на изнасилование у обследованных женщин был эмоциональный шок, который достоверно чаще при  $T > 3$ ,  $p < 0,01$  (у 61 женщины - 82,4%) развивался по гипокинетическому типу и лишь у 13 женщин (17,6%) - по гиперкинетическому типу. Выраженность реактивных проявлений зависела от интенсивности жизнеугрожающих моментов при совершении изнасилования, а также от факторов неожиданности (внезапное нападение, использование холодного или огнестрельного оружия, удушение и др.).

Вслед за острой реакцией на психическую травму у женщин наступало осознание происшедшего, которое приводило к развитию эмоциональных и вегетативных реакций. Это послужило началом второго этапа - невротических реакций. На этом этапе психические расстройства носили нестойкий характер, возникали от незначительных причин, не достигали выраженности отдельных типов невротических синдромов, их появление было тесно связано с психотравмирующим событием, все переживания у обследованных пациенток были сконцентрированы на случившемся, что часто вызывало изменение поведения жертвы, проявляющееся в виде декомпенсаций личностно-типологических особенностей. В то же время пациентки стремились к восстановлению контроля над своим поведением, восстановлению душевного равновесия. В 71 случае (95,9%) течение этого этапа носило волнообразный характер. В среднем этот период занимал 3-4 месяца и отмечался у всех обследованных женщин (100%). В рамках второго этапа все невротические реакции были разделены по своим клиническим проявлениям на три категории: 1) с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств (38 женщин - 51,4%); 2) с преобладанием истерических расстройств (23 женщины - 31,1%), 3) с преобладанием фобических расстройств (13 женщин - 17,5%). У 62 пациенток (83,8%) имели место затяжные, а у 12 (16,2%) - острые невротические реакции. При тревожно-депрессивных расстройствах степень выраженности тревоги коррелировала с условиями изнасилования: наиболее высокая степень тревоги отмечалась у женщин, подвергшихся групповому изнасилованию, в случаях, когда сексуальное насилие сопровождалось физическим насилием и угрозами, а также когда жертвы хотели скрыть от близких то, что с ними произошло ( $T > 2$ ,  $p < 0,05$ ). В структуре депрессивных расстройств важное место занимало чувство собственной вины. В 11 случаях (14,9%) эти переживания достигали значительной степени. Выявилось, что интенсивность переживаний собственной вины зависит от внутрисемейных установок. Женщины, воспитанные в семьях, в которых родителями была дана установка «жертва сама виновата», значительно чаще предъявляли жалобы на чувство вины, возникающее при воспоминаниях об изнасиловании. У 23 обследованных (31,1%) жертв сексуального насилия в рамках

депрессивных расстройств отмечались посттравматические деперсонализационные изменения. Наиболее часто эти изменения отмечались у лиц, которые подверглись изнасилованию в подростково-юношеском периоде, то есть в возрасте до 18 лет (21 случай - 91,3%).

Следует отметить, что у женщин, переживших стресс насилия, происходила сенсбилизация к психогенным воздействиям, в результате чего женщины начинали искать вину в себе, окружающих, у них появлялись мысли о невезении, о несложившейся жизни, что приводило к развитию невротической симптоматики и социальной дезадаптации этого контингента испытуемых. В усложнении симптоматики и формировании неврозов у женщин, переживших сексуальное насилие, важную роль играли следующие факторы: 1. характерологические особенности жертвы; 2. выраженность стрессовых факторов при изнасиловании (групповое насилие, угрозы и запугивания со стороны насильника, использование оружия и др.); 3. длительный судебный процесс; 4. вынужденные повторные встречи с насильником; 5. неправильное воспитание из-за недоверительных взаимоотношений в семье; 6. отсутствие доступной информации о возможных психологических последствиях психотравмы изнасилования; 7. дополнительные психотравмы (соматические болезни, жизненные проблемы и т.д.). Изучение преморбидных особенностей пациенток, с депрессивным неврозом выявило, что большинство из них (26 случаев - 68,4%) до изнасилования можно было отнести к личностям без четкой акцентуации. Однако, у них выявлялись определенные особенности: все они отличались чрезмерной чувствительностью и повышенной впечатлительностью при склонности к сдержанному проявлению эмоций. На втором месте по частоте встречаемости в этой группе пациенток оказались чувствительные личности (12 - 31,6%). В этой группе наибольшим количеством были представлены пациентки, воспитанные в условиях гиперопеки (33 - 86,8%). Причем в подавляющем большинстве случаев (31 - 93,9%) в таких семьях мать обладала властным, авторитарным характером. Меньшим числом (5 - 13,2%) в этой группе были представлены пациентки, воспитанные в условиях безнадзорности в неблагополучных семьях. Истерический невроз диагностировался у 23 обследованных женщин (24,7%). Среди пациенток этой группы отмечались женщины, в преморбиде которых выявлялась акцентуация по истероэмоциональному типу (9 - 39,1%), а также личности без четкой акцентуации, у которых определялись некоторые истерические черты, такие как излишняя уверенность в своей защищенности, неповторимости, повышенная чувствительность, внушаемость (14-60,9%).

## **СР у бойцов отряда ОМОН**

У этой группы испытуемых проявления СР обнаружены у 54,8%. (137 из 250 обследованных). 1 группу обследованных составили военнослужащие внутренних войск, неоднократно находившиеся в зоне боевых действий на территории Чеченской республики, Всего обследовано 250 человек в возрасте от 18 до 37 лет, среди которых выявлена группа численностью 137 человек, подверженных стрессу. Группа бойцов с развившимися стрессовыми расстройствами была представлена военнослужащими - непосредственными свидетелями гибели своих сослуживцев, а также подвергавшимся<sup>7</sup> физическому насилию (избиению) или угрозе неотвратимой гибели. У этих лиц отмечалось постоянное возвращение к неприятным, эмоционально тягостным переживаниям, навязчивым воспоминаниям (реминисценции) и представлениям пережитой психотравмирующей ситуации. Они жаловались на повторяющиеся кошмарные сновидения, отражающие фабулу событий нахождения в "горячей точке", на внезапно возникающие, стереотипно повторяющиеся образные воскрешения в памяти различных аспектов психотравмирующих событий, частые вспышки негативных эмоциональных состояний, спровоцированных событиями, ассоциирующимися с обстоятельствами, послужившими причиной психической травмы. Для этой группы военнослужащих были характерны нарушения сна (трудности засыпания, нарушение глубины и длительности, частые пробуждения и т.п.), повышенная

раздражительность, трудность в концентрации внимания, тревожность, настороженность, подозрительность, гипертрофированная реакция на внезапный раздражитель, повышенная функциональная активность, вегетативная возбудимость. Военнослужащие этой группы стремились избегать всего, что хотя бы отдаленно могло напомнить о травмирующих событиях. У 13 пациентов (9,4%) встречалось психогенное амнезирование существенных элементов травмирующей ситуации. Потеря выраженного интереса к различным сторонам жизнедеятельности, ангедония, ощущение отчужденности, отстраненности от окружающих, отсутствие планов и перспектив на будущее выявлялись в этой группе у 77 человек (56,2%).

В этой группе выявлена четкая, корреляция проявлений СР от продолжительности участия в боевых действиях и их интенсивности.

*Таблица 1*

Название фактора	Сила влияния	Уровень достоверности	Коэффициент корреляции (r)
Время пребывания в боевой обстановке	0,127	<0,01	0,31
Интенсивность боевых действий	0,133	< 0,001	0,36

### **СР у сотрудников ФСБ**

Следующая группа по частоте проявлений СР — женщины — сотрудницы ФСБ, профессиональная деятельность которых связана с постоянным физическим и эмоциональным перенапряжением, связанным с выполнением специальных служебных заданий (3 группа) - 64,0% (48 из 75 обследованных). Причем 31 из 48 обследованных (64,6%) на момент обследования были не замужем или имели конфликты с семьей. Мужчины 3 группы подвержены СР меньше, чем женщины - 37,2% (32 из 86 обследованных). Избыточная эмоциональная напряженность в 3 группе обследованных (68 случаев - 85%) проявлялась в чрезмерном сосредоточении на собственном самочувствии, в высказывании многочисленных жалоб, которые зачастую не имели объективного подтверждения, в стремлении обратить внимание окружающих на себя и на свои проблемы. Ипохондрическая фиксированность сопровождалась эмоциональной лабильностью (56 - 70%), снижением фона настроения (49 - 61,3%), раздражительностью (46 - 57,5%), не исчезающей тревогой (44 - 55%). Пессимистическое отношение, к своим проблемам, ощущение угрозы, собственной незначимости для окружающих сопровождалось нарастанием неудовлетворенности проводимым лечением, требовательностью к его расширению и совершенствованию.

### **СР у представителей лётных профессий**

Испытуемые 2 группы оказались наименее подвержены СР 36,5% (124 из 340 обследованных). Пациенты отмечали повышенную утомляемость (113 - 91,1%), снижение работоспособности (108 - 87%), ухудшение памяти (97 - 78,2%) и внимания (94 - 75,8%), которые, как правило, сопровождались нетерпеливостью и неустойчивостью настроения. Жалобы на нарушения сна (трудность засыпания, частые пробуждения) предъявили 87 пациентов (70,2%). Снижение уровня естественных влечений отметили 83 пациента (66,9%), 79 пациентов (63,7%) - эмоциональную напряженность. В ходе исследования выявлено, что испытуемые на протяжении длительного периода времени подвержены риску возникновения стрессовых расстройств, даже если они в момент воздействия стресса или вскоре после этого не проявляли признаков психической дезадаптации. У 41 пациента (33%) первые признаки СР появились спустя шесть и более месяцев после совершения боевых вылетов.

Таким образом, на момент обследования стрессовые расстройства выявлены:

в 1 группе (бойцы отряда ОМОН МВД России) в 54,8% (137 из 250 обследованных);

во 2 группе (представители лётных профессий, принимавшие участие в локальных военных конфликтах) в 36,5% (124 из 340 обследованных);

в 3 группе (сотрудники ФСБ РФ) у мужчин в 37,2% (32 из 86 обследованных), у женщин в 64,0% (48 из 75 обследованных);

в 4 группе (женщины, подвергшиеся физическому насилию) в 91,4% (74 из 81 обследованной).

**Основные жалобы, предъявляемые испытуемыми на момент обследования:**

1. Повышенная истощаемость - 404 чел. (97,3%);
2. Снижение умственной и физической работоспособности – 401 чел. (96,6%);
3. Психосоматические проявления: колебания АД; головные боли, кардио-, мио- и гастралгии и др. - 396 чел. (95,4%);
4. Повышенная раздражительность 378 чел. (91,1%);
5. Снижение уровня естественных влечений- 352 чел. (84,8%);
6. Расстройства сна- 317 чел. (76,4%);
7. Реминисценции - 283 чел. (68,2%);
8. Метеолабильность - 270 чел. (65%);
9. Синестопатии-253 чел. (60,9%);'
10. Гипергидроз - 239 чел.,(57Д%).
11. Повышенная настороженность-228 чел. (54,9%);
12. Нарушения терморегуляции-211 чел. (50,8%).

В исследовании изучены линейная и сводная корреляции между показателями АД С, АДД, ЧСС, ЧДД. Исследования проводились на начальном и заключительном этапе лечебного воздействия (за 1-3 ч до начала лечения и через 1-2 ч после завершения курса).

*Таблица 2*

Состояние кардио-респираторной системы пациентов 1 группы (n=137), М±m

АДС, мм рт. ст.	АДД мм рт. ст.	ЧСС; уд/мин	ЧДД в мин
128,46 ±3,07	82,09 ±2,98	63,50 ±2,23	14,00 ±0,53

*Таблица 3*

Состояние кардио-респираторной системы пациентов 2 группы (n=124), М±m

АДС, мм рт. ст.	АДД, мм рт. ст.	ЧСС, уд/мин	ЧДД в мин
125,56 ±3,80°	79,33±3,99	63,11 ±2,34	15,11 ±1,03

*Таблица 4*

Состояние кардио-респираторной системы пациентов 3 группы (n=80), М±m

АДС, мм рт. ст.	АДД, мм рт. ст.	ЧСС, уд/мин	ЧДД в мин
123,61 ±3,20	76,24 ±2,83	62,80 ±2,19	14,79 ±1,05

Таблица 5

Состояние кардио-респираторной системы пациентов 4 группы (n=74), M±m

АДС, мм рт. ст.	АДД, мм рт. ст.	ЧСС, уд/мин	ЧДД в мин
130,46 ±4,52	83,09 ±4,26	63,77 ±3,48	13,23 ±0,47

Сравнение приведенных выше данных свидетельствует о некоторой тенденции к снижению показателей АДД, стабильности, ЧСС и ЧД у пациентов 2 и 3 групп.

Как видно из табл. 5, у пациенток 4 группы отмечалась тенденция к увеличению АД, а остальные показатели оставались на относительно одинаковом уровне с другими группами.

До лечения у пациентов, всех подгрупп (n=415) не наблюдалось достоверных корреляционных зависимостей между показателями кардио-респираторной системы.

После лечения СР отмечена достоверная корреляционная зависимость в лечебных подгруппах.

Таблица 6

Корреляционная матрица стресс-показателей подгрупп 2, 3, 4 (n=207) после лечения

Показатели	1	2	3	4
АДС, мм рт. ст.		0,516	0,099	0,138
АДД, мм рт. ст.	0,516	-	-0,666	-0,178
ЧСС, уд/мин	0,099	-0,666	-	0,150
ЧДД в мин	0,138	0,178	0,150	-

Как следует из представленного в табл. 6 материала, существенная корреляция отмечалась лишь между величинами АДС, АДД и ЧСС.

В подгруппах 1, в которых проводилась гомеопатическая биопунктура (n=106), корреляционная матрица выявила наличие средней и высокой тесноты замыкаемых связей АДС и АДД с ЧСС (табл. 7).

Таблица 7

Корреляционная матрица стресс-показателей подгруппы 1 (n=106) после лечения

Показатели	1	2	3	4
АДС, мм рт. ст.	-	0,746	0,420	-0,227
АДД, мм рт. ст.	0,746	-	0,672	0,178
ЧСС, уд/мин	0,420	0,672	-	0,109
ЧДД в мин	-0,027	0,178	0,109	-

При проведении исследования достоверно установлено изменение активности регуляторных систем (ПАРС) от  $4,5 \pm 0,6$  до  $3,2 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ) на фоне проводимой терапии ЭЭГ-БОС у лиц со стрессовыми расстройствами, что подтверждается значительным снижением индекса напряженности от  $375,1 \pm 61,2$  до  $250,6 \pm 39,1$  ( $p < 0,05$ ). Также выявлены позитивные изменения при анализе среднеквадратичного отклонения (СКО) от  $31,5 \pm 2,5$  до  $34,9 \pm 4,4$  ( $p < 0,05$ ), что указывает на усиление автономной регуляции и обусловлено достоверным снижением исходно повышенного симпатического тонуса, кроме того, отмечена тенденция к нормализации активности вазомоторного центра, регулирующего сосудистый тонус (уменьшение мощности спектра медленных волн 1-го порядка (LF) с

44,6±3,0 до 37,4±Г,9 (p<0,05)). Тогда как динамика вышеуказанных показателей в контрольной группе была менее выраженной.

Таблица 8

Изменение ПАРС в результате нелекарственной терапии.

	Основная группа		Контрольная группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Показатель активности регуляторных систем	4,53 ±0,61	3,22 ±0,34*	5,13±0,33	4,43 ±0,37*
Показатель автономной регуляции	31,5±2,5	34,92± 4,44*	35,81±4,34	36,29 ±5,38*
Индекс напряженности	375,1±61,17	250,6±39,11*	389,0±69,31	453,38 ±72,1*
Активность вазомоторного центра	44,6±3,04	37,41±1,88*	38,15±2,66-	39,3 ±3,09*

Примечание: \* — P < 0,05

При анализе тетраполярной реографии подтвержден модулирующий эффект биологической обратной связи: до лечения гиперкинетический тип гемодинамики имел место у 47% пациентов, зукинетический тип у 25%, гипокинетический тип у 28% пациентов. После лечения ЭЭГ-БОС соотношения преобладающего типа гемодинамики изменилось: гиперкинетический тип у 25%, зукинетический тип 56%, гипокинетический тип 19%.

Диаграмма 4

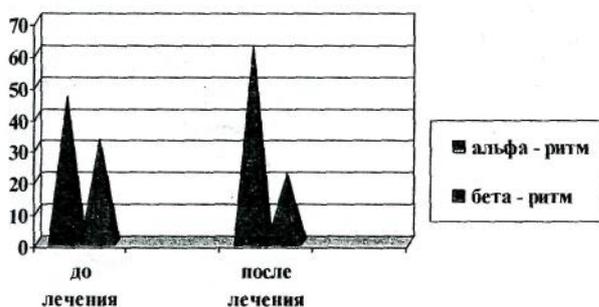


По данным рэоэнцефалограммы в динамике отмечается улучшение венозного оттока у 22% пациентов, повышение пульсового кровенаполнения и нормализация сосудистого тонуса у 34% и 38% соответственно. Для объективного подтверждения положительных сдвигов в психоэмоциональном состоянии пациентов использовались показатели альфа - и бета ритма ЭЭГ, которые наиболее объективно отражают изменения психоэмоционального состояния пациента. При анализе результатов использовался показатель мощности альфа и бета ритма, выраженный в процентах. В ходе проведения сеансов БОС наблюдалось достоверное повышение мощности альфа - ритма до 61,26%±15,32 от исходного 45,93±16,70 (p<0,05), что является индикатором улучшения психоэмоционального состояния и снижение бета - ритма до 27,62%±13,16 от исходного 36,54%±15,43 (p<0,06). На диаграмме 5 показана

статистически достоверная положительная динамика на фоне применения ЭЭГ-БОС-терапии.

Диаграмма 5

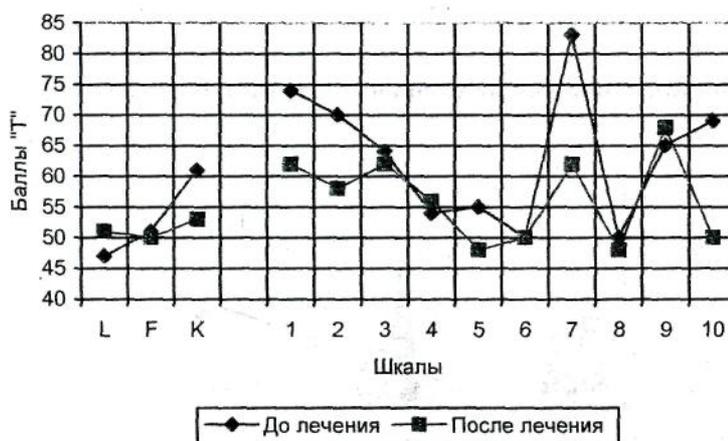
Динамика изменения мощности альфа- и бета - ритма



Более того, реабилитационные мероприятия благоприятно отразились на психологическом статусе лиц, перенесших СР различного генеза. В результате изучения личностных характеристик (СМИЛ) всех испытуемых были выявлены три усредненных типа личностных профилей, которые изменились в результате нелекарственной коррекции ЗР, что представлено на рис. 2, 3, 4.



**Рис. 2.** Личностные особенности лиц с умеренными нарушениями психофизиологического статуса до и после реабилитационных мероприятий.



**Рис. 3.** Личностные особенности лиц с выраженными нарушениями психофизиологического статуса до и после реабилитационных мероприятий.



**Рис. 4.** Личностные особенности (до и после реабилитационных мероприятий) у лиц с умеренными нарушениями психофизиологического статуса, отмеченные особой эффективностью.

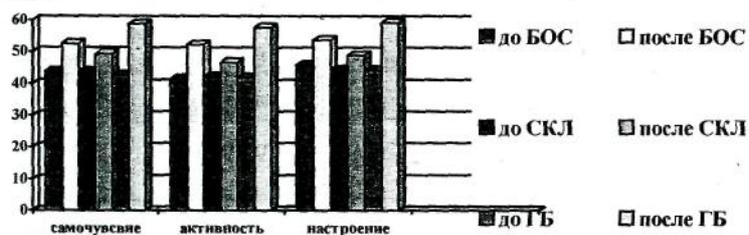
Как видно на рис. 2, 3, 4 по результатам сравнительного анализа изменений отдельных показателей структуры личности можно сформулировать следующее положение: в целом структурный стержень личностных особенностей не претерпел резких изменений. Однако следует обратить внимание, что большинство показателей по результатам обследования личностными методами (СМИЛ) вошли в пределы нормы (Т - от 50 до 70), что определяет резкое снижение, а в 38,2 % случаев и исчезновение таких негативных проявлений характера, как замкнутость, вспыльчивость, агрессивность (профиль 1 и 2 на рис. 2, снижение по 3-й и 4-й шкалам с 66-75Т до 54-68Т). У 44,4 % испытуемых усилился оптимизм, появилась надежда на благоприятный исход и возможность продолжить профессиональную деятельность, сформировалась общая удовлетворенность от лечения (профили 1 и 2 на рис. 3, снижение по 2-й шкале с 72-75Т до 58-59Т, по 7-й шкале - с 76-78Т до 61-62Т). Реабилитационные мероприятия отмечены как особенно эффективные в отношении части группы с умеренными нарушениями (профили 1 и 2 на рис. 4). Среди этих лиц значительно (26,3%) снизилась общая тревожность, невротизация, появилась уверенность в своих силах, исчезли излишние волнения (1-я, 2-я, 3-я и 7-я шкалы), что позволит им продолжить свою профессиональную деятельность и купировать психологическое напряжение, вызванное стрессовыми воздействиями.

Положительная динамика отмечена у всех пациентов, что может свидетельствовать о проявлении психологически значимых положительных эффектов от применения нелекарственной терапии СР различного генеза.

Наиболее значимые изменения САН, ПМФС и редукция жалоб произошли в подгруппах, в которых применялась гомеопатическая биопунктура и ЭЭГ-БОС терапия (диаграммы 6, 7; таблица 8).

Диаграмма 6

Динамика изменения самочувствия, активности и настроения у пациентов основных и контрольной подгрупп (3 группа, n=80)



Динамика жалоб под влиянием гомеопатической биопунктуры



Таблица 9

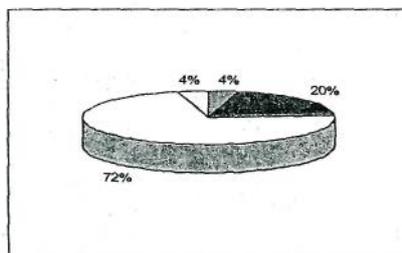
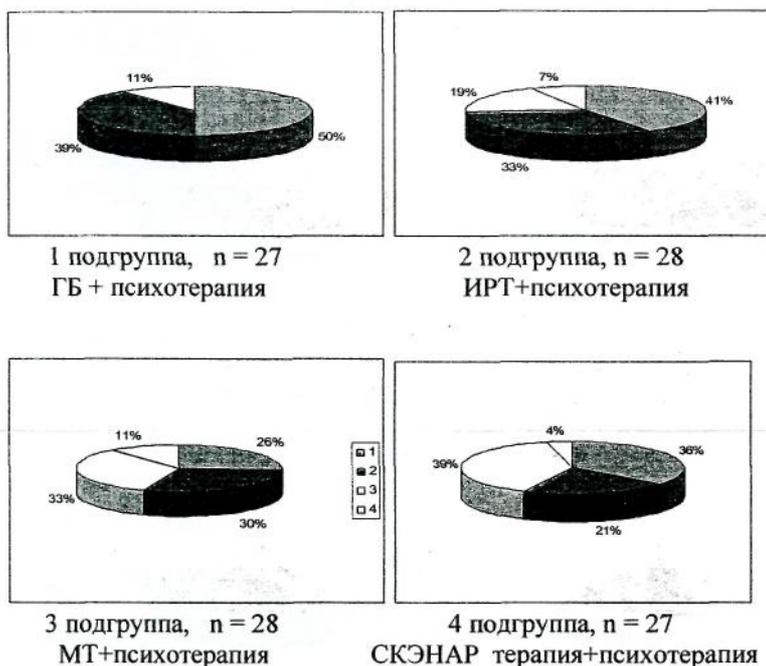
Динамика изменений ПМФС и показателей теста Люшера в результате нелекарственной терапии по группам.

	Люшер до лечения (усл. ед.)	Люшер после лечения (усл. ед.)	ПМФС до лечения	ПМФС после лечения
1 гр. 1п/гр.	8.21±0.4	3.01±0.7*	8.97±0.7	-
2п/гр.	7.90±0.7	3.19±0.9*	8.74±0.9	3.32±0.7*
3 п/гр.	8.03±0.8	3.34±0.4	9.12±0.8	4.18±1.1*
4 п/гр.	7.96±0.7	3.21±0.6	8.89±0.7	3.54±0.8*
5 п/гр.	8.11±0.8	4.18±0.7	9.01±0.8	7.32±0.9
2гр. 1п/гр.	8.12±1.1	3.00±0.2*	9.19±1.1	-
2 п/гр.	7.98±0.7	3.24±0.7	8.93±0.6	3.59±0.8*
3 п/гр.	8.03±0.5	3.41±0.9	9.21±0.9	3.72±0.7*
4 п/гр.	7.76±0.4	3.61±1.0	8.88±0.7	4.12±1.2*
5 п/гр.	7.84±0.7	4.73±0.7	9.07±0.5	8.13±0.8
2 п/гр.	7.96±0.8	3.28±0.7	8.96±0.4	3.27±0.6*
3 п/гр.	8.00±0.9	4.71±0.9	8.81±1.2	8.24±0.4
4гр. 1п/гр.	7.99±0.5	3.02±0.4*	9.26±0.8	-
2 п/гр.	8.09±0.9	3.37±1.1	9.44±0.6	4.31±0.5*
3 п/гр.	7.97±1.0	5.15±0.7	9.18±1.0	8.49±1.0

Примечание: \* - P < 0,05

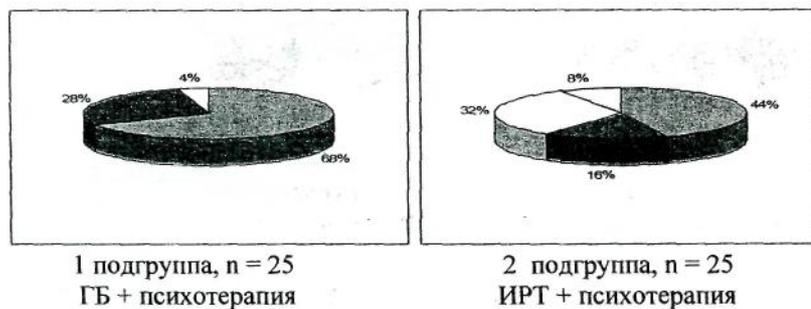
Эффективность нелекарственной терапии входе исследования представлена на диаграммах 6-9.

Эффективность лечения в 1 группе исследования



- отлично
- хорошо
- удовлетворительно
- без эффекта

Эффективность терапии во 2 группе исследования



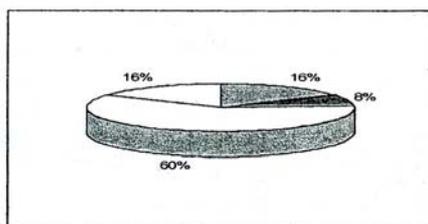
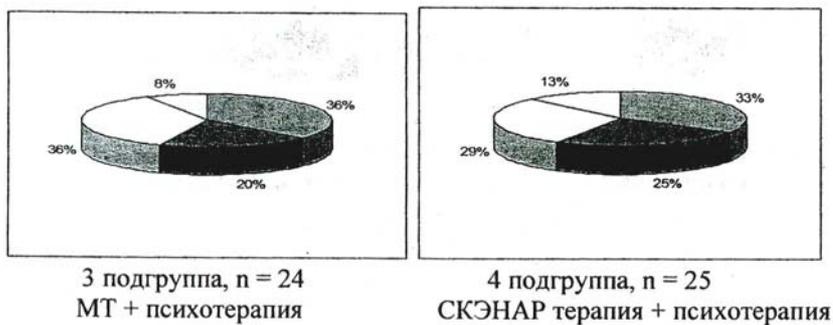


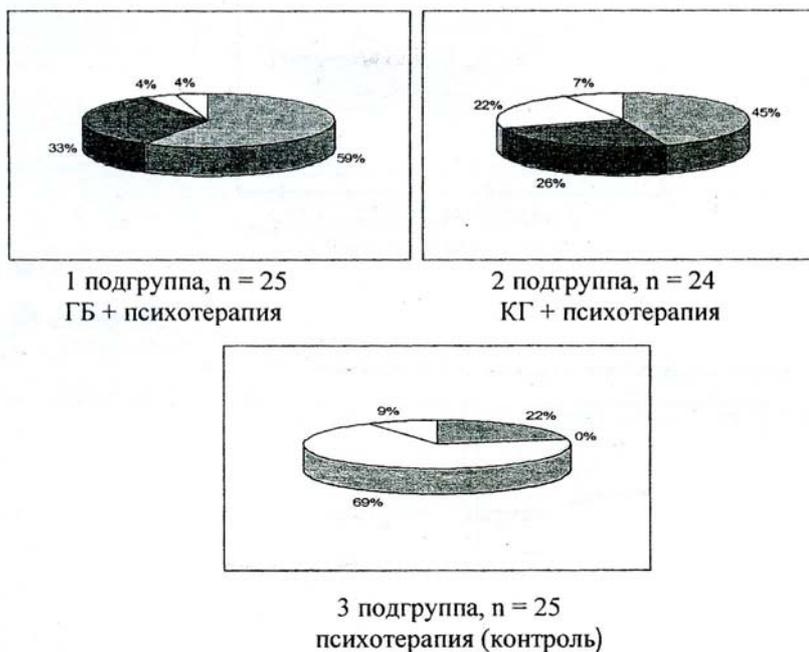
Диаграмма 10

Эффективность лечения в 3 группе исследования



- отлично
- хорошо
- удовлетворительно
- без эффекта

Эффективность терапии в 4 группе исследования



Как показано на диаграммах 8-11, наиболее эффективным было лечение в тех подгруппах, в которых проводилась гомеопатическая биопунктура в сочетании с психотерапией. Эффективность лечения в группах контроля, в которых психотерапия применялась как монологическое воздействие, была значительно ниже, этот факт позволяет предположить, что основным источником клинической эффективности в данном исследовании явился метод гомеопатической биопунктуры.

В ходе нашего исследования не выявлено побочных эффектов от проводимой нелекарственной терапии.

По литературным данным наиболее эффективным методом коррекции СР является использование психофармакологических препаратов. Эффективность лечения достигает 92%, однако при этом у 87% больных проявлялись побочные эффекты разной степени выраженности и у 59,2% больных отмечалось снижение показателей иммунного статуса; комплексная терапия, включающая психофармакологические препараты, ИРТ и гомеопатию, не позволяет развиваться побочным эффектам, улучшая при этом состояние пациентов, хотя эффективность лечения при этом снижается до 74% (Михайлова А.А., 2003). Высокая эффективность комплексной нелекарственной терапии (до 89%) отмечена при использовании акупунктуры, фитотерапии и психотерапии (Божко С.А., 2003), при применении биорезонансной гомеопатической коррекции эффективность лечения достигла 90% (Бокова И.А., 2003).

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что использованные сочетания нелекарственных методов оказались эффективными при лечении последствий СР различного генеза (катамнез от 1 до 3 лет). Использование комплексного лечения дало возможность адекватного подбора методов в зависимости от индивидуальных особенностей каждого пациента и степени выраженности симптомов СР. Высокая эффективность лечебного воздействия сочетания гомеопатической биопунктуры и психотерапии во всех группах испытуемых (эффективность до 94,7%) позволила определить это сочетание как универсальную схему для коррекции здоровья при СР различного генеза. К ее преимуществам следует отнести:

- значительную клиническую эффективность, обусловленную патогенетическим характером терапевтического воздействия;
- отсутствие побочных эффектов и высокую безопасность терапии;

- экономическую доступность широкому кругу пациентов по сравнению с дорогостоящими методами (биорезонансная гомеопатическая коррекция, акупунктура, психофармакотерапия).

## **ВЫВОДЫ**

Выявлены общие закономерности проявлений стрессовых расстройств различного генеза, которые выражаются в этапности отреагирования стресса, снижении устойчивости к последующим стрессовым воздействиям, клинических проявлениях стресса.

Степень стрессированности зависит от генеза стрессового воздействия: более интенсивной и длительной оказалась реакция на «человеческий» стрессор (изнасилование, смерть товарищей и т.д.).

Разработаны объективные физиологические и психодиагностические критерии диагностики и оценки клинической эффективности методов коррекции стрессовых расстройств.

Создан алгоритм обследования и реабилитации лиц, перенесших стрессовые расстройства, который упрощает лечебно-диагностические мероприятия и может использоваться для любого контингента пациентов со СР.

Разработан методический подход к оптимальному назначению нелекарственной, терапии СР различного генеза, создана схема нелекарственного лечения, оказавшаяся, наиболее приемлемой для лечения последствий стрессовых расстройств различного генеза из-за ее эффективности, доступности и экономичности.

Сравнение клинической эффективности различных схем лечения стрессовых расстройств различного генеза выявило наиболее эффективные схемы нелекарственного лечения: - гомеопатическая биопунктура в сочетании с психотерапией (эффективность 94,7%), - ЭЭГ-БОС терапия в сочетании с психотерапией (эффективность 81,3%), - конституциональная гомеопатия в сочетании с психотерапией (эффективность 78,9%), - СКЭНАР терапия в сочетании с психотерапией (эффективность 73,1%), мануальная терапия в сочетании с психотерапией (эффективность 65,8%).

Научно обоснована комбинация нелекарственных методов, которая является универсальной для коррекции здоровья при стрессовых расстройствах различного генеза.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Разработанные в данном исследовании теоретические положения рекомендуется использовать при формировании планов дальнейшего развития восстановительной медицины;

2. Основные положения диссертационной работы рекомендуются к внедрению в медицинские учреждения, занимающиеся коррекцией стрессовых расстройств различного генеза;

3. Методики комплексной коррекции СР, объединяющие методы академической и традиционной медицины, необходимо внедрять в широкую практику стационаров, поликлиник и других учреждений практического здравоохранения.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

### **Учебно-методические пособия**

1. Метод индивидуального выбора вида и оптимальных сочетаний нелекарственных средств терапии на основе интегративной оценки вида и степени вегетативных расстройств. (Белая Н.И., Зилов В.Г., Кудаева Л.М., Фролов В.В., Петухова Г.Н.). Пособие для врачей. Утв. МЗ РФ 20 янв. 2000, протокол №1.

2. Комплексная нелекарственная терапия посттравматических стрессовых расстройств (Зилов В.Г., Белая Н.И.). Пособие для врачей. Утв. МЗ РФ 21 ноября 2002, протокол №2.

## **Статьи**

3. Применение психотерапии для лечения симптомов посправматического стресса. /Теория и практика комплементарной медицины. Сборник статей. Выпуск 1.-М, 1997.-С. 78-89.

4. Сочетание трудотерапии и СКЭНАР-терапии при лечении различных заболеваний. // СКЭНАР-терапия и СКЭНАР-экспертиза. Сборник статей. Выпуск 3. - Таганрог, 1997. - С. 61-69.

5. Опыт применения СКЭНАР-терапии и гомеопатии для лечения стрессовых расстройств различного генеза. (Кудаева Л.М) // Сборник статей «Фундаментальные и прикладные проблемы медицинской биотехнологии». М, 2000. - С. 71-82.

6. Су Джок терапия стрессовых расстройств различного генеза. // Журнал «Оннури медицина» №4, октябрь 2000. - С. 69-79.

7. Нелекарственная терапия последствий стрессовых расстройств у участников боевых действий. // Сборник статей «Актуальные вопросы клинической медицины». - М, 2002, - С. 95-105.

8. Особенности психической дезадаптации участников локальных конфликтов. (Смекалкина Л.В.) // Сборник статей «Эколого-физиологические проблемы адаптации». - М., 2003. - С. 483-495.

9. Нелекарственное лечение стрессовых расстройств. // Журнал «Вестник восстановительной медицины». №3, 2003.-С. 11-19.

10. Исследование клинической эффективности БОС-терапии при стрессовых расстройствах. (Быков А.И, Кудаева Л.М, Питерская Я.А.) II Журнал «Нелекарственная терапия». №1, 2003. - С. 8-14.

11. Коррекция стрессовых расстройств различного генеза.// Сборник трудов Первого Российского конгресса «Реабилитационная помощь населению в РФ», октябрь 2003. - С. 171-179.

12. Комплексная нелекарственная коррекция посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий (Зилов В.Г, Смекалкина Л.В.) // В сборнике «Постстрессорный синдром: стратегии реабилитации», - М, Медицина, 2004.(в печати).

## **Тезисы**

13. Роль мануальной медицины в коррекции эмоциогенных психофизиологических реакций. (Фролов В.А, Козловский И.И, Никонов В.П.) // Материалы второго научного конгресса «Традиционная медицина: теоретические и практические аспекты». - Чебоксары, 1996.-С. 114-115.

14. Коррекция стрессогенных диссомний нелекарственными методами. (Козловский И.И, Никонов В.П.) // Материалы Первого национального конгресса о патофизиологии. - М., 1996.- С. 214.

15. Психика в условиях боевого стресса. (Козловский И.И., Никонов В.П., Никонова О.В.) //Третий Российский национальный Конгресс «Человек и лекарство».-М., 1996.-С. 270

16. Снижение токсического воздействия при лечении эмоционального стресса. (Карцев АА., Козловский И.И., Никонов В.П.) //Третий Российский национальный Конгресс «Человек и лекарство» М., 1996. - С. 268.

17. Лечение стрессогенных нарушений сна методами комплементарной медицины. // Материалы Клинической конференции молодых учёных ФППО ММА имени И.М. Сеченова. - М. 1996.-С.29.

18. Сочетайте применение гомеопатической терапии и СКЭНАР терапии: для лечения стресса. // Материалы 1-ой Международной конференции «Традиционные системы и методы  
*Материал из электронной библиотеки ЗАО «ОКБ «РИТМ»*  
*www.lib.scenar.com.ru*

оздоровления Организма». Прага, 1997 -С. 53-54.

19. Рефлексотерапевтическое лечение болевых синдромов вертеброгенной этиологии у лиц, принимавших участие в боевых действиях: // Сборник конференции, посвященной 50-летию сотрудничества ММА им. И.М. Сеченова и здравоохранения. Тульской области. - Тула, 1997. -С-173.

20. Нелекарственная коррекция посттравматического стресса// Материалы III Международной конференции «Социально психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф». -Минск, 1998.-С. 143.

21. Применение психотерапии для лечения ПТСР - (Божко, С.А.) // Материалы III Международной конференции «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф»., -Минск, 1998.-С. 79.

22. Лечение проявлений посттравматического стресса, методами мануальной терапии. // Материалы III Международной: конференции «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф». – Минск, 1998. - С. 112.

23. Комплексная коррекция посттравматических стрессовых расстройств. // Материалы клинической конференции молодых ученых факультета ФГШО,ММА, имени И.М. Сеченова «Актуальные вопросы клинической медицины». - М, 1998.- С.92-93.

24. Acupuncture treatment of posttraumatic stress disorder. (Koudaeva L.M.) // XVIII Congressus acupuncturae Bohemiae et Slovacae. Praga, 1998.

25. Семейная психотерапия посттравматического стресса. (СтепанйцеваС.А.), // Материалы IV Международной конференции «Социально-психологическая реабилитация; населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф».- Минск; 1999;-С54.

26. Коррекция стрессогенных диссомний // Материалы IV Международной конференции «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф». - Минск, 1999. - С. 46.

27. Пластичность мозга и посттравматический стресс. // Материалы конференции «Механизмы структурной, функциональной и нейрохимической пластичности мозга».- М1999.-С.65.

28. Психотерапия посттравматического стресса. // Материалы V Международной конференции «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф». - Минск, 2000. - С. 56.

29. Возможности сочетания психотерапии и рефлексотерапии в лечении стрессогенной невротической депрессии. (Божко С.А.) //, Материалы V Международной конференции «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф». -Минск, 2000.-С. 79.

30. Нелекарственные методы в комплексной терапии некоторых заболеваний сердечно-сосудистой системы и посттравматических стрессовых расстройств. (Зилов В.Г., Ильина О.В.) // Материалы симпозиума с международным участием «Оптимизация функций сердца и мозга». - Тамбов, 2000. - С. 55-58.

31. Лечение стрессовых расстройств различного генеза методами комплементарной медицины. (Кудаева ЛМ.) // Материалы симпозиума с международным участием «Оптимизация функций сердца и мозга». -Тамбов,2000.-С.71-73. ;:

32. Гомеопатическое лечение стрессовых расстройств различного генеза. // Материалы XI Московской международной гомеопатической конференции. - М., 2001. - С. 67.

33. Лечение стрессовых расстройств методами комплементарной медицины. // Материалы II Российской конференции молодых ученых. -М.,-2001-С. 377.

34. Методы традиционной медицины в коррекции посттравматических стрессовых расстройств. (Зилов В.Г.) // Материалы Всероссийского симпозиума «Психосоматические расстройства. Системный подход». - Курск, 2001- С. 34.

35. Гомеопатическое лечение стресса. // Материалы XXII Московской международной

гомеопатической конференции «Развитие гомеопатического метода в современной медицине». - М., 2001 - С.83-84.

36. Комплексная нелекарственная терапия участников боевых действий. (Зилов В.Г., Смекалкина Л.В., Кудяева Л.М.) // Материалы Международного конгресса «Здравница-2002». Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. - М., 2002. -С. 80.

37. Гомеопатическое лечение стресса. // Материалы XXII Московской международной гомеопатической конференции «Развитие гомеопатического метода в современной медицине. - М., 2002. - С.83-84.

38. Методы традиционной медицины в лечении посттравматических расстройств у участников боевых действий. (Зилов В.Г, Кудяева Л.М., Смекалкина Л.В.) // Материалы научно-практической конференции «55 лет сотрудничества: ММА им. И.М.Сеченова и здравоохранение Тульской области».-М., 2002.- С. 110-111.

39. Лечение стрессовых расстройств у лиц летных профессий гомеопатией. //Материалы 57 научно-практического Конгресса международной гомеопатической лиги. - М., 2002. - С .84.

40. Некоторые аспекты лечения стрессовых расстройств. // Материалы научно-практической конференции «55 лет сотрудничества: ММА им. И.М.Сеченова и здравоохранение Тульской области». - М., 2002.- С.181-182.

41. Оценка развития стресс-состояний в спорте. (Кудяева Л.М) // Материалы конференции «Физическая культура - одно из основных немедикаментозных средств оздоровления». - М., 2003. - С. 20-21.

42. Нелекарственные методы реабилитации посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий. (Зилов В.Ф., Быков А.Т., Смекалкина Л.В.) // Материалы VI международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». - Сочи, 2003 - С. 172-173.

43. Нелекарственное лечение стрессовых расстройств. //Материалы VI международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». - Сочи, 2003 - С. 255-256.

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

БОС - биологическая обратная связь,  
ДАД – диастолическое АД,  
ВМ - восстановительная медицина,  
ГБ — гомеопатическая биопунктура,  
ИРТ - иглорефлексотерапия,  
КГ -конституциональная гомеопатия,  
МТ- мануальная терапия,  
ПАРС - показатель активности регуляторных систем,  
ПМФС - показатель миофасциального синдрома,  
ПТСР — посттравматическое: стрессовое расстройство,  
САД - систолическое АД,  
САН - психодиагностический тест «Самочувствие, активность, настроение»  
СКЛ - санаторно-курортное лечение,  
СКО - среднеквадратичное отклонение,  
СР - стрессовое расстройство,  
ТТ - триггерная точка,  
ЧДД - частота дыхательных движений,  
ЧСС - частота сердечных сокращений.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### **Церебрум композитум Н, (Cerebrum compositum N)**

Регистрационное удостоверение П № 012126/01-2000 Форма выпуска р-р для инъекций 2,2 мл/ амп. 5, 100 шт.

**Состав** 2,2 мл содержат: Cerebrum suis Д8, Embryo suis Д10, Hepar suis Д10, Placenta suis Д10, Kalium phosphoricum Д6, Selenium Д10, Thuja occidentalis Д6, Ignatia Д8, Bothrops lanceolatus Д10, Aeidum phosphoricum Д10, China Д4, Manganum phosphoricum Д8, Magnesium phosphoricum Д10, Semecarpus anacardium Д6, Conium Д4, Luesihum Д13, Medorrhinum Д13, Hyoscyamus Д6, Aconitum Д6, Anamirta cocculus Д4, Ambra Д10, Sulfur Д10, Kalium bichromicum Д8, Gelsemium Д4, Ruta Д4, Arnica Д28, Aesculus Д4 по 22 мкл.

**Фармакологическое действие** - сосудорасширяющее, антиспастическое, гемостатическое, метаболическое, биостимулирующее, антигипоксическое, вентонизирующее.

**Показания** - стимуляция процессов регенерации и неспецифического иммунитета при отставании в умственном и физическом развитии у детей; легастения, вегетативная дистония, депрессия, атеросклероз; состояния после сотрясения головного мозга, энцефалита; невралгии, невротические состояния; боковой амиотрофический склероз, рассеянный-склероз, болезнь Паркинсона; расстройства памяти, неврастения и другие изменения.

**Режим дозирования** - обычно 1-3 раза в неделю по 1 ампуле подкожно, внутримышечно, внутрикожно, а в случае необходимости и внутривенно.

**Побочные действия:** нет.

**Противопоказания:** не выявлены.

**Сочетанное применение с другими препаратами:** без особенностей.

### **Овариум композитум, (Ovarium compositum)**

Регистрационное удостоверение П-8-242 № 011210

Форма выпуска р-р для инъекций 2,2 мл/ амп. 5, 100 шт.

**Состав** 2,2 мл содержат: Ovarium suis Д8, Placenta suis Д10, Uterus suis Д10, Salpinx suis Д10, Hypophysis suis Д13, Cypripedium calceolus var. pubenses Д6, Lilium tigrinum Д4, Pulsatilla pratensis Д18, Aquilegia vulgaris Д4, Sepia officinalis Д10, Lachesis Д10, Apisinum Д8, Kreosotum Д8, Bovista Д6, Ipecacuanha Д6, Mercurius solubilis Hahnemanni Д10, Hydrastis canadensis Д4, Aeidum cis-aconicum Д10, Magnesium phosphoricum Д10 по 22 мкл.

**Фармакологическое действие.** Регуляция функций женских половых органов. Обезболивающее, противовоспалительное, метаболическое, седативное.

**Показания.** Гормональные нарушения и дисфункции половых органов у женщин (в т.ч. недостаточность передней доли гипофиза, расстройства менструального цикла, климакс, нарушения обмена и др.)

**Режим дозирования.** В/к, п/к, в/м, в/в. По 2,2 мл 3 раза в неделю, в острых случаях - ежедневно.

**Побочные действия:** не выявлены.

**Противопоказания:** нет.

**Сочетанное применение с другими препаратами:** без особенностей.

### **Тестис композитум, (Testis compositum)**

Регистрационное удостоверение П-8-242 № 011209

Форма выпуска р-р для инъекций 2,2 мл/ амп. 5, 100 шт.

**Состав** 2,2 мл содержат: Testis suis Д4, Embryo suis Д8, Glandula suprarenalis suis Д13, Kalium picricum Д6, Ginseng Д4, Damiana suis Д8, Caladium seguinum Д6, Cor suis Д8, Cortisonum aceticum Д13, Vitex agnus castus Д6, Selenium Д10, Strychninum phosphoricum Д6, Cantharis Д8, Curare Д8, Conium maculatum Д28, Lycopodium clavatum Д28, Phosphorus Д8, Diencephalon suis Д10, Magnesium phosphoricum Д10, Ferrum phosphoricum Д10, Manganum

*Материал из электронной библиотеки ЗАО «ОКБ «РИТМ»*

*www.lib.scenar.com.ru*

phosphoricum Д8, Zincum metallicum Д10 по 1 мкл, Acidum ascorbicum Д6 22 мкл.

**Фармакологическое действие.** Стимуляция функции мужских половых желез; сосудорасширяющее, противовоспалительное, трофическое, антиспастическое, метаболическое.

**Показания.** Недостаточность функций половых желез у мужчин (в т. ч. импотенция, аденома простаты, нарушение обмена веществ, хроническое переутомление).

**Режим дозирования.** В/к, п/к, в/м, в/в. По 2,2 мл 1-3 раза в неделю. В острых ситуациях - ежедневно.

**Побочные действия:** не выявлены.

**Противопоказания:** нет.

**Сочетанное применение с другими препаратами:** без особенностей.